

## 一般疾病医療費支給申請書

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	月	日	
居住地	(〒 - ) (電話番号 ( ) - )							
負傷又は疾病の名				医療に要した費用				円
併用できる 医療保険等 の種類	健保・国保(一般・退職者)			医療費用意他費用のうち 自己負担分	(負担割合 割)			円
	介護・その他( ) 本人・被扶養者							
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	昭和	年	月	日	公費負担者番号			
	平成				公費負担医療の受給者番号			-
被爆者一般疾病医療機 関から医療を受けること ができなかった理由	1 一般疾病医療機関以外での受診      2 手帳不提示 3 現物給付の対象外(装具の作成等)(はり、灸、マッサージなど) 4 その他( )							
医療を受けた期間	年 月 日から			( 入院 日 )				
	年 月 日まで			( 入院外 日 )				
医療を受けた機関	名称及び所在地							
	訪問看護ステーション等の 名称及び所在地							
移送等にあつては、その区間等								
支払希望金融機関	金融機関名			預金種別・口座番号				
	銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店		普通 当座				

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第18条の規定により、一般疾病医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_ 印

福井県知事 杉本 達治 様

備考 訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者または指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。